

## **Informe Médico Tratante**

Estimado(a) Doctor(a): Su paciente tiene un Seguro vigente en nuestra Compañía, por lo que le solicitamos a ud. completar el siguiente Informe Médico, cuyo contenido será tratado con estricta confidencialidad. Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO R.U.T.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ 1. Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico principal: \_\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ Existe alguna patología concomitante para este diagnóstico: NO \_\_\_ SI \_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_\_ 4. ¿Fue el paciente derivado por otro médico? NO\_\_\_\_ SI\_\_\_ Fecha derivación: \_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_ Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Motivo derivación: \_\_\_\_ 5. Desde cuando se encuentra en estudio el paciente: 6. Indique la fecha exacta en que el paciente consultó por primera vez a causa de esta enfermedad: 7. ¿Padeció el paciente algún episodio anterior o cualquier afección relacionada al diagnóstico principal? NO\_\_\_ SI\_\_\_ Detallar episodio: \_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 8. Señale historia clínica y métodos de diagnóstico empleados para esta patología (exámenes de laboratorio, imagenología, endoscópico, anatomopatológico, citológico). Detalle fechas y resultados de estos: Indique las hospitalizaciones, tratamientos médicos y/o quirúrgicos realizados: 9. ¿Le ha otorgado ud. alguna licencia médica en los últimos 12 meses? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_ Indicar motivo: \_\_\_ 10.¿Estima ud. Que el paciente requerirá una hospitalización o intervención quirúrgica por este u otro diagnóstico? NO\_\_\_ SI\_\_ Detalle: \_\_\_\_\_ Nombre Médico: \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Especialidad: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_ R.U.T.: Fecha Firma y Timbre